

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR LA VACUNA MODERNA COVID-19 PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD CORONAVIRUS 2019 (“VACUNA MODERNA COVID-19”)

Yo declaro que soy mayor de 18 años. Yo además reconozco que:

Yo he recibido y he leído o me han leído “LA HOJA DE DATOS PARA RECIPIENTES Y PERSONAS ENCARGADAS PARA AUTORIZACION Y USO DE EMERGENCIA (EUA- sus siglas en inglés) DE LA VACUNA MODERNA COVID-19 PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD CORONAVIRUS 2019 (COVID-19) EN INDIVIDUOS MAYORES DE 18 AÑOS DE EDAD (“Hoja de Datos”). Yo entiendo todos los riesgos descritos en dicha hoja de datos. Yo he recibido la oportunidad de hacerle preguntas a un profesional de la salud acerca la Vacuna Moderna COVID-19 y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

Después de leer o habérselo leído la Hoja de Datos, Yo por medio de la presente libero al Texas Children's Hospital y sus entidades afiliadas, a todos sus agentes, empleados, fiduciarios y representantes, de cualquier y toda responsabilidad que pueda surgir de la vacunación y / o de compartir o de alguna manera usar la información a mi proporcionada sobre dicha vacunación. Yo entiendo que el Programa “Countermeasures Injury Compensation Program” (CICP, por sus siglas en inglés) es un programa federal que podría ayudar a pagar los costos de atención médica y otros gastos específicos de ciertas personas que han resultado gravemente lesionadas por ciertos medicamentos o vacunas, incluyendo esta vacuna. Por lo general, se debe presentar un reclamo al CICP en espacio de un (1) año a partir de la fecha de recibir la vacuna. Para obtener más información sobre este programa, entiendo que debo visitar www.hrsa.gov/cicp/ o llamar al 1-855-266-2427.

Yo entiendo que Texas Children's Hospital, como proveedor de vacunación, deberá crear un expediente médico y compartirá los datos relacionados a las vacunas COVID-19 con entidades estatales, locales y federales, incluyendo los sistemas de archivos de vacunación designados. Dicha compartición de datos podría incluir toda la información personal que yo he proporcionado acerca de mí mismo y/o mi niño al Texas Children's Hospital para propósitos de recibir esta vacuna, errores, eventos adversos, casos de MIS en adultos y niños y casos de COVID-19 que hayan resultado en hospitalización o muerte después de la administración de la vacuna Moderna Covid-19 a los recipientes de la misma. Si yo soy empleado de Texas Children's, Yo acuerdo compartir mi estatus y fechas de vacunación con el Departamento de Recursos Humanos en Texas Children's.

Yo he recibido un Aviso sobre Prácticas de Privacidad (“Aviso”). El aviso explica la manera en que Texas Children's Hospital podría usar y divulgar la información de salud protegida del paciente para fines de tratamiento, pagos y propósitos de gestiones de atención médica. “Información Protegida de Salud” significa la información de salud personal del paciente incluida en los expedientes médicos y de facturación del paciente. Si usted tiene preguntas acerca del Aviso, por favor comuníquese a la Oficina de Privacidad al tel. (832) 824-2091.

Yo por medio de la presente doy mi CONSENTIMIENTO a la vacuna Moderna COVID-19 y autorizo a los representantes del Texas Children's Hospital administrar la vacuna Moderna COVID-19 a mi o a mi niño.

Nombre del Recipiente de la Vacuna (en letra de molde): _____

Firma del Recipiente de la Vacuna (Solo si no es un menor de edad): _____

Nombre del Padre de Familia/Conservador/Tutor Legal (en letra de molde): _____

Firma del Padre de Familia/Conservador/Tutor Legal: _____